

## Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko: ..... data urodzenia: .....

zamieszkały/a: .....

.....

Stwierdzam:

- 1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych, sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior – WIGOR” w Dąbrowie Tarnowskiej\*
  
- 2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior - WIGOR” w Dąbrowie Tarnowskiej w zajęciach:
  - sportowych\*
  - rekreacyjnych\*
  - aktywizujących\*
  - basen \*

*\*właściwe pole  zaznaczyć znakiem „X”*

.....  
pieczęć i podpis  
lekarza wystawiającego zaświadczenie